



(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Gostyniu
Ul. Poznańska 200G,
63-800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP

**WNIOSEK
o zwrot składek od zatrudnionego w przedsiębiorstwie społecznym**

na zasadach określonych w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 113, 1635)

I. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO

1. Nazwa Wnioskodawcy

2. Forma prawna _____

3. Adres siedziby Wnioskodawcy

Tel. _____ e-mail _____

4. NIP _____ REGON _____ PKD _____

5. KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru _____

6. Osoba do kontaktu z Urzędem _____

7. Tel. _____ e-mail _____

8. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy*

*W przypadku, gdy wnioskodawcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczętkami imiennymi.

9. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) _____

UWAGA!!! W przypadku zmiany wysokości składki wypadkowej Wnioskodawca zobowiązany jest niezwłocznie poinformować PUP w Gostyniu .

10. Wypłata wynagrodzenia u Wnioskodawcy następuje (zaznaczyć odpowiednio)

POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU

63-800 Gostyń, ul. Poznańska 200 G | tel.65 572 33 67-68, | NIP: 696 13 96 284
e-mail: pogo@praca.gov.pl | www.gostyn.praca.gov.pl

- w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie
- w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

11. Krótki opis prowadzonej działalności/ cel działalności o której mowa w art. 4 ust. 1 ustawy o ekonomii społecznej
(Dz. U. z 2022 r. poz. 1812 z późn. zm.)

12. Nr rachunku bankowego Wnioskodawcy

II. DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY

1. Wnioskowana liczba bezrobotnych/poszukujących pracy do refundacji składek ZUS

2. Data rozpoczęcia i zakończenia pracy od _____ do _____

3. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) kandydata(ów) - wkład finansowy ze środków Funduszu Pracy miesięcznie _____

4. Dane osoby/osób do skierowania w ramach finansowania składek (imię, nazwisko, PESEL)

5. Przynależność osoby/osoby zagrożonej(ych) wykluczeniem społecznym przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do:

- bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, posiadających status poszukujących pracy w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny,
- osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- osób, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
- osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

- osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
- osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze,
- osób starszych w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych
- osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.k. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentów potwierdzam własnoręcznym podpisem.

podpis i pieczętka Wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć:

1. dokument potwierdzający status prawny wskazanego we wniosku pracodawcy (np. wyciąg z KRS/ uchwała/statut);
2. kserokopię decyzji wojewody nadającej status przedsiębiorstwa społecznego,
3. załącznik nr 1 oświadczenie Pracodawcy;
4. załącznik nr 2 Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.

Wszystkie kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.

W przypadku, gdy wniosek będzie nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, Urząd Pracy wyznaczy co najmniej 7-dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostanie bez rozpatrzenia